Opłata pocztowa uiszczona ryczałtem.

№ 1. *Warszawa, Styczeń 1930 r.* *Rok XXVI.*

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

Prenumerata kwartalnie wynosi z przesyłką pocztową 3 złote. Numer pojedyńczy 1 zł.
Na listy bez dołączenia znaczków pocztowych nie odpowiada się.
Rękopisy stosownie do uznania redakcji mogą ulec przerobieniu.
O g ł o s z e n i a: jednorazowo 1/1 str. — 150 zł., 1/2 str. — 80 zł., 1/4 str. — 40 zł.
zmiana adresu 50 groszy.

Prenumeratę zaległą oblicza się po cenie ostatniego kwartału.

Adres Redakcji i Administracji: Warszawa, Złota 30, tel. 230-54.
Redakcja i Administracja otwarta codziennie od g. 5 do 8 wiecz., w środy i czwartki od 5 do 10 w. Konto w P. K. O. № 9911.

№ 1. Warszawa, Styczeń 1930 r. Rok XXVI.

PRZEGLĄD FELCZERSKI

OFICJALNY ORGAN CENTR. ZWIĄZKU FELCZERÓW RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ.

Choroby serca i ich leczenie.

Dla należytej funkcji serca, dla należytego funkcjonowania i sprawności serca potrzebna jest dobra, dokładna praca zarówno mięśni komór i przedsionków jakoteż całego układu regulującego t. j. zwojów i włókien nerwowych.

I tylko wtedy gdy komory i przedsionki dobrze przetłaczają krew, gdy układ regulujący funkcjonuje dobrze krwioobieg odbywa się prawidłowo.

Przyczyną niedomogi serca jest niezdolność mięśnia sercowego do wytwarzania dostatecznej siły.

Musimy poświęcić nieco miejsca kwestji układu regulującego i kwestji regulowania czynności serca zdrowego.

Najpierw stwierdzić trzeba, że układ regulujący składa się z węzła zatokowo-przedsionkowego oraz z rozgałęzień w postaci węzła przedsionkowo-komorowego oraz pęczka Paladino-Kisa.

Głównym regulatorem rytmu serca jest węzeł zatokowo-przedsionkowy t. zw. węzeł Kay-Flacka, znajdujący się około żyły górnej czczej.

Drugi natomiast węzeł t. zw. przedsionkowo-komorowy znajduje się w ścianie przedsionka tuż w pobliżu sinas coronarius.

Od węzła zatokowo-przedsionkowego do węzła przedsionkowo-komorowego biegnie pęczek poprzez który bodziec jest przewodzony, natomiast od węzła przedsionkowo-komorowego (Aschoff-Tarazy) biegnie pęczek Paladino-Kisa.

Cechami charakterystycznemi czynności serca normalnego jest w pierwszym rzędzie zmiana rytmu zależnie od wysiłku, na jaki serce jest narażone, inną cechą jest wydatny i całkowity skurcz.

Na rytm serca, dodać to już tutaj pragnę, wpływają nerwy sympatyczny i nerw błędny.

Jeden przyśpiesza rytm serca, drugi zwalnia (Mackenzie).

Niepomiernie ciekawy jest jeden mechanizm, a mianowicie, że serce nigdy nie pracuje wszystkiemi komórkami naraz lecz w miarę zwiększania pracy wciąga coraz to nowe komórki do pracy (stąd wynika wielka waga t. zw. rezerwy serca, która o ile jest słabą, upośledzoną nie da się wciągnąć w odpowiedniej chwili do pracy i serce wysiłkowi podołać nie może).

Serce ciężko chore nie jest zdolne do należytego podtrzymywania należytego krążenia w warunkach życia codziennego.

Wogóle zmniejszona wydolność serca występuje li tylko wtedy gdy serce jest chore, gdy mięsień jest osłabiony.

Już to zresztą podkreślaliśmy utrzymując, że decydującym, najważniejszym czynnikiem w utrzymywaniu wydolności czynnościowej serca jest sam mięsień sercowy.

Najbardziej cenną jest energja zapasowa mięśnia, która to energja zależy od ilości komórek mięśnia sercowego znajdujących się w tym celu do dyspozycji w danej chwili.

W normie, podkreślić to usilnie należy, ilość energji zapasowej, ilość komórek rezerwowych jest w wielkim nadmiarze.

Dopiero wtedy gdy wskutek np. zmian degeneracyjnych w mięśniu sercowym część komórek staje się bezużyteczną wtedy dopiero objawia się ograniczenie energji rezerwowej.

Wyraźne objawy niedoczynności, niedomogi serca objawiają się wtedy gdy zmiany zwyradniające stały się bardzo rozległe.

Ale pamiętać należy, że wydolność czynnościowa serca może ulec zmniejszeniu wskutek zaburzeń w układzie regulującym.

Zwykle zaburzenia w układzie regulującym serca przejawiają się jako odchylenie w miarowości i w rytmie skurczów; często spotykamy równocześnie zmiany degeneracyjne w mięśniu sercowym.

Gdybyśmy zastanowili się nad mechanizmem powstawania wyczerpania serca oraz nad objawami wyczerpania serca chorego przez nie wywołanemi to stwierdzić trzeba, że są one zupełnie te same co w sercu zdrowem.

Musimy też pamiętać, że sensacje wywołane wyczerpaniem mięśnia sercowego (niezależnie od łatwości ich powstawania) nie dają żadnego klucza do wyjaśnienia przyczyny choroby.

I o tem należy szczególnie mocno pamiętać.

A przyczyny obecnego stanu chorobowego należy określić na zasa-

dzie szeregu rozważań innych danych zdobytych w drodze anamnezy jakoteż badania fizykalnego.

Początkowemi objawami niedomogi serca są najczęściej sensacje subjektywne i to występujące dopiero po pewnych wysiłkach fizycznych bądź to w ramach życia codziennego pozostających bądź to przekraczających te ramy.

Objawy niedomogi serca występują właśnie wtedy gdy uwydatnia się brak siły rezerwowej mięśnia sercowego.

Gdy choroba narasta wysiłki fizyczne stają się dla chorego coraz trudniejsze, bo energja rezerwowa coraz mniejsza.

Dochodzi wkońcu do tego, że przy najmniejszych wysiłkach ba! w czasie spoczynku nawet—przejawia się niedomoga sercowa.

Te uwagi wypowiedziane przez Mackenzie są b. ważne, podkreślają niepomiernie silnie, że badanie funkcjonalne dla oceny wydolności serca są cenne, są ważne.

Jedynie takie stanowisko t. j. traktowanie cierpienia na zasadzie sprawności serca i wogóle całokształtu otrzymanych wyników badania fizykalnego.

I właśnie to, że najważniejszą oznaką niedomogi serca jest nienormalna łatwość powstawania objawów wyczerpania, a nie same objawy—jest najważniejszem i najcharakterystyczniejszem.

Gdybyśmy jednak chcieli wykryć jakiś absolutnie ścisły miernik dla oceny serca to stwierdzić trzeba, że takowego niema.

Może jednym z najlepszych mierników to właśnie owa wydolność funkcjonalna.

I każda inna metoda, która nie bierze w rachubę oceny wydolności serca, która nie bierze pod uwagę sensacji występujących podczas wysiłku nie oświetla należycie, wszechstronnie wartości serca jako motoru pędzącego.

Przejdźmy do skarg chorego na niewydolność serca.

Najczęstszą skargą w cierpieniach serca to narzekanie na krótki oddech, na duszność po wysiłkach.

Inna sprawa, że duszność po wysiłkach odczuwa także i człowiek z sercem zdrowem.

Ale odczuwa on ową duszność po wielkich wysiłkach.

Mechanizm powstawania duszności u chorych i zdrowych jest ściśle ten sam.

Różnice indywidualne w odczuwaniu duszności wysiłkowej są kolosalne, to też niema jakiejś stałej i bezwzględnej miary zdolności do wysiłku.

Należy zawsze porównywać wydolność dawną i obecną.

Różnice indywidualne są wielkie dlatego, bo każdy człowiek podlega własnym prawom, to też musi być oceniany własną miarą.

Wtedy gdy niedomoga jest stopnia nieznacznego to podczas spoczynku krążenie jest wystarczające, natomiast w razie wysiłku serce jest niezdolne odpowiedzieć na zapotrzebowanie no i zjawia się duszność.

Im większy stopień niedomogi tem większa duszność.

Zaś wtedy gdy niedomoga jest wielkiego stopnia to serce nie jest zdolne do utrzymywania należytego krążenia podczas spoczynku i duszność pozostaje na stałe jako objaw trwały.

Pamiętać jednak trzeba, że objaw duszności nie jest charakterystycznym, patognomonicznym objawem dla chorób serca.

Duszność zdarza się także przy wyniszczających chorobach płuc (wysięki opłucnej, zapalenie płuc, rozedma płuc, nowotwory w klatce piersiowej i t. d.).

Zdarza się częstokroć, że chory ma utrudniony oddech tak dalece, że musi przybierać pozycję siedzącą, jest to objaw niedomogi serca stopnia znacznego.

Duszność najczęściej narasta stopniowo, albowiem także stopniowo narasta stan choroby albowiem stopniowo wzmaga się niedomoga serca.

O jeszcze jednym objawie chcę pomówić szerzej o t. zw. dychawicy sercowej.

Jest to postać duszności, która występuje nagle wśród ciężkich objawów.

Zwykle towarzyszą jej znaczne zmiany.

Najczęściej występuje w nocy.

Chory nagle budzi się z powodu nagłego silnego uczucia duszenia się, musi usiąść, oddycha ciężko, jest bardzo podniecony, niespokojny.

Owa duszność trwa czasami ½ godziny, często dłużej, poczem ustępuje, chory zasypia.

No a teraz postarajmy się zebrać objawy przedmiotowe, które będą cechowały objawy niedomogi serca, takiemi są obrzęki, powiększenie wątroby, nerka zastoinowa, obrzęk płuc i t. d.

W miarę słabnięcia siły lewej komory niedomoga serca postępuje, zwłaszcza na obwodowych częściach (ręce, nogi) uwidocznia się owo gorsze, wolniejsze krążenie, zjawia się zasinienie palców i obrzęk, zjawia się też powiększenie wątroby (b. charakterystyczne) i białkomocz.

U chorych leżących bardzo często pierwsze objawy niedomogi serca wykrywamy u podstawy płuc, które to objawy lekarz przy auskultacji i opukiwaniu wykrywa.

Zdarza się czasami, ale nie często, że nagle występuje nieprawidłowy rytm, który staje się przyczyną gwałtownej niedomogi serca, boć podczas

migotania przedsionków skurcze komór mogą następować tak szybko po sobie, że ilość krwi dostarczona z komór do krwioobiegu staje się niedostateczna dla ukrwienia mózgu wobec czego niejednokrotnie w czasie ataku występuje omdlenie.

A teraz chcę przystąpić do zupełnie innej postaci niedomogi serca a mianowicie anginoidalnej postaci (t. zw. angina pectoris). Objawy występujące tu nie zależą od zmniejszonej działalności komór, a głównym objawem jest ból o specjalnych właściwościach. Nie ulega wątpliwości, że ból silny, nagły powstaje w dusznicy bolesnej dzięki zadrażnieniu specjalnych ośrodków w centralnym układzie nerwowym.

Ból ten jest promieniującym i rozprzestrzenia się w sposób następujący wzdłuż lewej połowy klatki piersiowej do lewego ramienia a następnie wzdłuż wewnętrznej strony przedramienia i lewej ręki.

Najczęściej ból zjawia się w obrębie klatki piersiowej i promieniuje po polu o którym mówiłem, czasami natomiast ból zaczyna się od obwodu i idzie do serca.

Prócz bólu zwraca uwagę skurcz mięśni międzyżebrowych, który staje się powodem przykrego uczucia ściskania w klatce piersiowej.

Ból powstaje najczęściej w łączności z wysiłkiem fizycznym.

Intensywność bólu jest bardzo wielką.

Charakter bólu bywa o typie ściskającym, jakgdyby klatkę piersiową ściśnięto; prawie zawsze wyżej opisanemu napadowi towarzyszy jako objaw dominujący i najprzykrzejszy dla chorego—uczucie gorącej i zbliżającej się śmierci.

Wysiłek fizyczny staje się zwykle czynnikiem wywołującym (ale nie genetycznym) napadu anginoidalnego.

Zdarza się jednak, że napad występuje w parę godzin po wysiłku.

Najczęstszym czynnikiem wywołującym dusznicę bolesną są zmiany degeneracyjne w sercu towarzyszące wiekowi podeszłemu, są to zmiany arteriosklerotyczne i zmiany włókniste w mięśniu sercowym.

Zmiany te powodują umniejszenie wydolności serca i gorsze ukrwienie.

Niezwykle często spotyka się u chorych cierpiących na anginę pectoris czyli dusznicę bolesną—miażdżycę naczyń wieńcowych, głównie tętnic wieńcowych.

I owa miażdżyca powoduje zanik światła małych naczyń wieńcowych.

Tętnice już czas dłuższy dostarczają zamało krwi, wreszcie nie dostarczają jej prawie wcale (sztywność ścian naczyniowych wzrasta, światło naczyń maleje).

Obok bólu zasadniczego objawu anginy pectoris współtowarzyszy

zespołowi cierpienia szereg innych dolegliwości (duszność, ściskanie w klatce piersiowej i t. d.).

Dusznica bolesna bywa bądź to cierpieniem niepomiernie ciężkiem, dokuczliwem bądź przebieg jej bywa niezłośliwy, lekki.

U jednych chorych po najmniejszych wysiłkach występują bóle i napady anginoidalne, u innych chorych sprawa napadowa przejawia się po wielkich wysiłkach.

Rozległość zmian w mięśniu sercowym, ich stopień i natężenie najlepiej da się ocenić przez badanie sprawności funkcjonalnej.

Skłonność do występowania napadów u chorych na dusznicę bolesną bywa różna i w różnym czasie: bywa, że przez wiele tygodni chorzy nie cierpią na napady, a potem znowu napady stają się częstsze.

Jak się wydaje stan psychiczny, podniecenie, zdenerwowanie, labilność układu nerwowego odgrywa w genezie rolę niemałą, nie ulega jednak wątpliwości, że i zaburzenia w funkcji trwania mogą się stać momentem ułatwiającym wystąpienie napadu.

Angina pectoris czyli duszność bolesna może wskazywać na ciężkie postępujące cierpienie o ile nie jest to angina pectoris funkcjonalna, czynnościowa (Mackenzie).

Zwykle tym ciężkim postaciom dusznicy bolesnej współtowarzyszy szereg inych objawów ogólnej niedomogi serca.

Przy omawianiu przyczyn napadów dusznicy bolesnej pamiętać należy właściwie o dwuch zasadniczych, kardynalnych: 1) arterioskleroza, 2) syfilis.

Jeśli przyczyną jest syfilis to zwykle spotykamy się z całym zespołem objawów patognomonicznych, charakterystycznych dla aortitis luetica.

We wszystkich tych przypadkach gdzie etjologja cierpienia, gdzie geneza jest wyjaśniona, a jest nią syfilis należy prowadzić systematyczną kurację antysyfilistyczną.

Zdarza się czasami aż tak ciężka postać angina pectoris, że występuje nawet w spoczynku, nawet wtedy gdy chory wysiłków nie dokonywuje.

To świadczy o bardzo silnem wyczerpaniu serca, o wielkim poderwaniu jego wydolności i potężnem umniejszeniu jego sprawności funkcjonalnej.

Na zasadzie uwag powyższych staje się jasnem na jakich fundamentach oprzeć trzeba rokowanie.

Rokowanie oprzeć należy na całokształcie obrazu klinicznego, na stopniu wyczerpania mięśna sercowego, który to stopień przez badanie sprawności funkcjonalnej określimy.

Rokowanie też stawiać należy opierając się także i na możliwości zmiany na lepsze w dotychczasowych warunkach życia.

Pamiętać jeszcze o jednej sprawie należy a mianowicie, że niektórzy ludzie mają układ nerwowy nienormalnie wrażliwy na bodźce.

Są osobnicy z nadzwyczaj wrażliwym układem nerwowym u których sensacje bólowe powstają z niepomierną łatwością.

Nienormalna wrażliwość zwłaszcza łatwo ujawnia się podczas wyczerpującej choroby, przemęczenia lub na skutek przeżyć i cierpień psychicznych.

Naogół w przypadkach z nadwrażliwym układem nerwowym rokowanie jest dobre, większość tego rodzaju chorych stanowią kobiety.

Rokowanie jest pomyślne o ile da się przyczynę usunąć lub umniejszyć.

Najlepiej stosować zmianę otoczenia, spokojny, zwykły odpoczynek i łagodne środki nasercowe oraz uspakajające.

O leczeniu chorób sercowych pomówimy poniżej, tu jednak pragnę zaznaczyć, że jeśli chodzi o leczenie dusznicy bolesnej to właśnie opierając się na tym, że dusznica bolesna jest tylko jednym z przejawów wyczerpania mięśnia sercowego—terapję w tym kierunku prowadzić będziemy.

A więc ograniczenie wysiłku, wypoczynek, racjonalne odżywianie, indywidualizowanie w postępowaniu z każdym chorym oto zasadnicze wskazówki postępowania.

Ale jeszcze jeden moment jako jeden z czynników ułatwiających wystąpienie — to zimno.

Wielu chorych cierpiących na anginę pectoris podaje, że im się zdarzają napady o wiele częściej gdy jest zimno.

Zdrowi ludzie wtedy gdy są bardzo zmęczeni, znużeni jakimściś wysiłkem fizycznym także odczuwają najpierw duszność, a potem i ból o typie podobnym do typu bólu angina pectoris.

Dusznicy bolesnej nie zawsze towarzyszy duszność, czasami bywa tylko sam napad bólowy.

Zastanówmy się teraz czemu przypisać należy pochodzenie uczucia wyczerpania.

Ono zależy od mechanizmu naczynioruchowego i nie jest pochodzenia sercowego aczkolwiek ma z nim ścisłą łączność (niedomoga serca).

Zasadniczemi sensacjami, sygnałami ostrzegawczemi, wskazującemi na to, iż osobnik jest chory jest duszność, ból, uczucie wyczerpania.

Uczucie wyczerpania jest następstwem, jak powiedzieliśmy, większego wysiłku.

Stan zaś przemęczenia ogólnego tłómaczyć będziemy przemęczeniem ośrodków nerwowych wyższych.

O jeszcze jednej sprawie chcę wzmiankować, a mianowicie, że często toksyny odgrywają poważną rolę w powstawaniu wyczerpania.

U osób skłonnych do przemęczenia często spotykamy się z zabarwieniem dyspeptycznem, serce jest u nich bardzo pobudliwe i daje szereg sensacyj subiektywnych.

Przystępujemy teraz do omówienia terapji chorób serca, zgóry już tu zaznaczając, że każde cierpienie cardialne musi pozostawać pod opieką lekarza.

Wady serca mogą być ,bądź skompensowane, zrównoważone, wyrównane, bądź nieskompensowane, niewyrównane.

Postępowanie w wadach skompensowanych opiera się głównie na następujących postulatach: spokój, oszczędzanie, djeta lekkostrawna no i kąpiele kwasowęglowe (Krynica, Żegiestów).

Postępowanie w wadach nieskompensowanych: oszczędzanie serca przez spokój fizyczny, psychiczny, odpowiednia djeta uboga w płyny, nie podawać grochu, kapusty, grzybów, chleba razowego, ograniczyć pokarmy sprzyjające kurczowi naczyń obwodowych, a więc przetwory z wątroby, nerek, mózgu.

Z preparatów farmaceutycznych w stanach ciężkich należy podawać kamforę, adrenalinę, cofeinę, strophantynę.

Kamfora podrażnia ośrodek oddechowy, zjawiają się głębokie oddechy;

Adrenalina działa obwodowo (a nie centralnie jak kamfora).

Adrenalina jest świetna w zapadzie, w collapsie.

Adrenalina powoduje skurcz naczyń, podrażnienie nerwu błędnego, zwolnienie serca.

Coffeina działa zarówno na naczynia jakoteż i na serce.

W stanach bardzo ciężkich dobrą jest także strophantyna.

Gdy stan ciężki minie należy podawać digitalis, Adonis vernalis, oraz szereg specyfików.

Digitalis jest świetnym środkiem nasercowym.

Na serce działa w ten sposób, iż wywołuje zwężenie naczyń jelitowych, a rozszerzenie naczyń skórno-mięśniowych.

Podaje się także Adonis vernalis, który działa szczególnie dobrze w zwyrodnieniach mięśnia sercowego.

Oto w najogólniejszym zarysie leczenie chorób serca.

Dr.. Jastrzębiec..

Masaż jako zabieg leczniczy.

Najczęściej stosuje się mięsienie ręczne t. j. wykonywane nieuzbrojoną ręką na gołem ciele. Jedynym wyjątkiem jest masaż wibracyjny, który niekoniecznie musi być wykonywany wprost na ciele, a o ile jest dokonywany przez wibrator to można owe wibracje poprzez ubranie przeprowadzać.

Jako akt wstępny przed zabiegiem mięsienia należy rozsypać i rozetrzeć na ciele chorego talk, mniej zalecam wazelinę i inne preparaty temu podobne.

Ilość talku niepowinna być mała zwłaszcza w tych wypadkach gdy skóra jest silnie uwłosiona lub gdy skóra jest bezpośrednio po zabiegu napotnym lub... gdy masujący ma ręce pocące się.

Na jeszcze jeden czynnik trzeba zwrócić uwagę, a mianowicie na ręce masującego, ręce winny być rzecz oczywista czyste, paznogcie winny być krótko przystrzyżone, skóra dłoni winna być miękką, przyjemną w dotyku.

Najważniejszym jest wielka czystość rąk.

Następnie trzeba pomyśleć o dobrem przygotowaniu chorego do masażu;

Skóra chorego winna być bardzo czystą.

Choremu w czasie masażu nic nie powinno powodować, dolegliwości, chory winien być możliwie obnażony.

Jeśli chodzi o postawę chorego i masażysty to należy na to zwrócić szczególną uwagę.

Chory tak winien leżeć by mięśnie były możliwie nienapięte.

Tonus mięśniowy winien być ad maximum obniżony.

Moim zdaniem jedynie właściwem jest masowanie na specjalnym stole, wysokości 60—70 cm., masowanie na krześle i t. p. jest niewygodne i mniej korzystne.

Masażysta winien w czasie zabiegu nie rozmawiać, a skupić się całkowicie na dokonywanym zabiegu.

Jeśli chodzi o to z jaką siłą zabieg prowadzić należy to w pierwszym rzędzie kierować się należy indykacjami, wskazaniami lekarskiemi no i objętością masowanego narządu.

Umiejętne zastosowanie takiej czy innej wielkości siły jest kwestją niepomiernej wagi, jest kwestją tego czy zabieg jest wartościowy i czy jest dla chorego przyjemny.

A to jest szczególnie ważne.

Jest zupełnie zrozumiałem, że w tych przypadkach gdy skóra chorego jest obfita w tkankę podskórną tłuszczową, w tych przypadkach gdy

umięśnienie chorego jest wielkie wolno i trzeba używać siły znacznie większej.

Mimo siły musimy dbać o to by mięsienie nie było przykre (jeden z najważniejszych postulatów) i by było niebolesne.

Tembardziej oczywistem jest, że w przypadkach po contusiach (stłuczeniach), po skręceniach, zwichnięciach (luxatine), złamaniach (fracturae), wylewach haemoragicznych, krwawych masaż w okolicy nawet sąsiadującej musi być bardzo lekki.

W przeciwnym razie ból i krzywdę przyniesie.

Na jedno jeszcze chcę zwrócić uwagę W.P., że w czasie kilku pierwszych zabiegów (t. zw. mięsienia przygotowawcze) zaczynamy od masażu o małej intensywności.

Czas trwania poszczególnego zabiegu jest zależny od indykacji, od wskazania, celu masażu.

Pierwsze zabiegi powinny być krótkie.

Dopiero wtedy gdy bolesność po mięsieniu umniejszy się czas masażu przedłużamy bardzo znacznie.

W postępowaniu tym opieramy się na znanym prawie przystosowywania się, przyzwyczajenia, które doprowadza do tego, że bodźce, które przedtem dla danego organizmu były bardzo silnemi teraz stają się bodźcami o znacznie mniejszem natężeniu.

Jeśli stosujemy masaż ogólny to nie należy go w żadnym razie prowadzić dłużej od 25 — 40 minut.

O ile zaś stosujemy masaż miejscowy to nie wyżej 10 minut.

Zdarza się nierzadko, że chorzy po kilku zabiegach czują się gorzej, że odczuwają bóle.

Wszystko to należy przypisywać naciągnięciu tkanek, rozluźnieniu zrostów, większej hyperemji no i w pierwszym rzędzie podrażnieniu zakończeń nerwowych.

Żeby osiągnąć efekt terapeutyczny należy przeprowadzić serję 20 masaży.

Fizjologiczne znaczenie mięsienia jest następujące (mówię narazie głaskaniu—effleurage).

Głaskanie jest jednym z najważniejszych zabiegów, od niego zaczynamy prowadzenie masażu i głaskaniem przeplatamy inne ruchy mięsienia.

Głaskanie działa przez podrażnienie zakończeń nerwów skórnych, głaskanie działa przez wpływ na naczynia i mięśnie, głaskanie działa na szybsze krążenie krwi i limfy, głaskanie działa przez starcie, zsuwanie złuszczonego naskórka i przez otwarcie porów.

Głaskanie prowadzimy przyłożywszy rękę do masowanej części ciała i prowadząc głaskanie w kierunku dosercowym.

Dłoń przystosowuje się do zarysów i kształtu ciała.

Przez głaskanie uciskamy żyły umieszczone pod skórą, posuwamy słup krwi w kierunku dosercowym, w opróżnionych żyłach powstaje ciśnienie ujemne.

Zabieg głaskania wpływa także na naczynia chłonne.

Jednak trzeba zaznaczyć, że zarówno wypieranie krwi z żyły jakoteż z naczyń chłonnych tylko wtedy odbywa się w sposób korzystny dla organizmu, gdy ręka dobrze pracuje.

Powiemy teraz słów kilka o rozcieraniu.

Zanim jednak do rozcierania przejdę powiem o tem, iż jest kilka sposobów głaskania:

1) dłonią (sposób zasadniczy),
2) opuszkami palców,
3) całemi palcami,
4) brzegiem dłoni ustawionej pionowo,
5) grzbietami stawów palcowych,
6) grabienie.

Rozcieranie (friction) silniej wpływa na naczynia niż głaskanie.

Ono stosuje się, gdy trzeba nieco silniej podziałać na krwotok, no ale przedewszystkiem przy zrostach w jamie brzusznej, przy zgrubieniach w torebce stawowej, w zapaleniu chronicznem mięśni.

Ruch ten zastosował poraz pierwszy Dr. Metzger z Amsterdamu.

Rozcieranie dokonywujemy albo 1) opuszkami kciuków, 2) albo 4 palców, 3) albo zamkniętą pięścią, grzbietem stawów (t. zw. rozcieranie grzebieniowe.

Zabieg rozcierania może być 1) wolny, 2) szybki, 3) słaby, 4) silny, 5) płytki, 6) głęboki.

Ręka która pracuje nie ślizga się po skórze jak w głaskaniu, a stanowi ze skórą jedność mianowicie pociąga za sobą skórę do tej granicy do której pozwalają jej rozciągnąć.

Kierunek rozcierania może być stosowany na ściśle określonej przestrzeni (cysty).

Pozatem stosuje się rozcieranie punktowate są to wciski opuszką wzdłuż nerwów.

Czas i siła tego zabiegu zależne od okolicy masowanej i przebiegu choroby.

Np. ruch ten musi być wykonany z większą siłą gdy chodzi o rozcieranie tkanki łącznej nowoutworzonej (np. blizny) natomiast przy masażu oftalmologicznym, lekki, tak samo gdy chodzi o twarz,o przednią część szyi.

Czas stosowania tego zabiegu jest zależny od tego jaki skutek chcemy wywołać.

Rozcierania silne długotrwałe wywołują rozszerzenie naczyń.

Rozcieranie lekkie, krótkotrwałe powodują zwężenie naczyń.

Znaczenie rozcierania jest następujące:

Wypycha się produkta zapalne, wywołuje się pobudzenie mechaniczne komórek miejsca chorego, pobudzenie tkanek zdrowych, otaczających do żywszej reakcji.

Przechodzimy do ugniatania, mięsienia właściwego (petrissage).

Ugniatanie wpływa w pierwszym rzędzie na mięśnie aczkolwiek jest nie bez wpływu i na tkankę podskórną.

Jest to zabieg trudny.

Ugniatanie to wygniatanie mięśni jak ciasta (idziemy zawsze w kierunku dosercowym).

Ugniatanie pobudza włókna mięsne do skurczów, wypycha ciecz międzytkankową nagromadzoną między pęczkami włókien mięsnych.

Napływają nowe soki pobudzające energję życiową mięśnia, podniecające napięcie i odżywienie mięśnia.

Ugniatanie przeprowadzamy serjami w myśl przebiegu anatomicznego grup mięśniowych.

Ugniatana część ciała według jednych autorów winna leżeć poprzecznie według innych zaś nie.

Zabieg można wykonywać oburęcznie lub jednoręcznie.

Ręce rzecz oczywista trzeba przystosować do wielkości i kształtu części ciała masowanej.

Dłonie winny leżeć równolegle do osi masowanej części ciała, jak się wyraża Kosiński jedna ręka winna stanowić odbicie drugiej.

To tylko wtedy da się osiągnąć gdy łokcie są odwiedzione.

Musimy tu wyjaśnić dlaczego tak ważnem jest dokładne przyleganie dłoni, chodzi nam o to, by jednostajnie posuwać krew i limfę w kierunku od obwodu dosercowo.

Każdy przystępujący do uczenia się ugniatania winien rozpocząć od cwiczenia jednej ręki.

Dopiero gdy uczeń nabierze większej wprawy wolno mu prowadzić zabieg dwuręcznie.

Jeszcze na jedną kwestję chcę zwrócić uwagę.

Uczeń zdobywający dopiero wprawę w ugniataniu winien masować, prowadzić zabieg powoli.

Jedną z odmian ugniatania jest wałkowanie.

Masowana część ciała (zwykle kończyny bądź górne lub rzadziej dolne) podlega wałkowaniu czyli wygniataniu między równolegle ułożonemi dłońmi, które dokonywują w przeciwnych kierunkach bardzo szybkie ruchy.

Zabieg ten jest mniej wartościowym niż zwykłe ugniatanie tak zwane łańcuszkowate.

Jest jeszcze jedna modyfikacja ugniatania jest nim t. zw. fałdowanie polegające na uchwyceniu fałdu w palce obu dłoni i prowadzenie go w kierunku pożądanym.

Gdybyśmy chcieli zsyntetyzować jakie ma znaczenie ugniatanie to stwierdzić trzeba że:

1) jest ono dla mięśni głównie bodźcem mechanicznym, który pobudza je do skurczów.

2) wpiywa na pewne, zresztą nie tak bardzo znaczne rozciągnięcie blizn i zrostów łącznotkankowych.

Przejdźmy teraz do omówienia kwestji klepania, oklepywania (tapotement).

Zabieg ten wpływa także głównie na mięśnie, powodując znaczne, zwiększone nagromadzenie krwi, powodując lepsze odżywianie tkanek ustroju.

Zabieg ten powoduje skurcze mięśni, które są rezultatem działania krótkich, sprężystych, jedno po drugim biegnących ruchów oklepywania.

Wpływ oklepywania możemy obserwować jeśli szybko opuszkami pracujemy dosyć mocno uderzając.

Wpływ jest tego typu, iż mięśnie, poszczególne wiązki i pęczki mięśniowe podlegają skurczom.

Oklepywanie ma potężny pływ na zakończenia nerwów skórnych co też nie jest bez znaczenia.

Klepanie stosujemy w zanikach, a także w osłabieniach mięśni.

Oklepywanie stosujemy także w wypadkach wzmożonej affektywności, w wypadkach zwiększonej pobudliwości nerwowej oraz w nerwobólach.

Jeśli chodzi o technikę to najważniejszym walorem oklepywania jest szybkie, sprężyste, energiczne dokonywanie zabiegu.

Kosiński radzi stosować bądź końcami lekko zgiętych palców obu rąk przy ustalonych stawach garstkowych; palce obu rąk winny uderzać naprzemian.

Radzi on także stosować t. zw. klaskanie (jest to jeden z typów oklepywania bardzo często stosowanych).

Stosuje się owo klepanie szczególnie dla masowania mięśni płaskich.

Technika jest następująca: obie ręce uderzają powierzchnią dłoniową przyczem stawy międzypaliczkowe i staw garstkowy nie są napięte.

Klepanie może być tak zwane sprężynowe.

Oklepywanie za pomocą ruchu miotełkowego.

Stosowane jest także oklepywanie łyżkowate.

W niektórych wypadkach (masaż jamy brzusznej) używamy ruchu szponowego.

Rzadko stosujemy oklepywanie pięścią, (stosowane wyłącznie przy oklepywaniu celem ochudzenia pośladków).

No a teraz wreszcie pomówić musimy o wstrząsach, o wibracji (vibration).

Działanie wibracji jak powiada Kosiński jest dwojakie. Jedno to bezpośrednie drugie pośrednie.

Bezpośrednio pobudzają one mięśnie, zwłaszcza gładkie, skurcze tych mięśni wywołują ruchy robaczkowe jelit.

Ale wstrąsanie ma tę zaletę, że łagodzi zbytnią pobudliwość nerwową.

To też wstrząsanie należy stosować często, bardzo często.

Niektórzy badacze twierdzą, że działanie wstrząsów jest podobne do działania klepania. Przez wibrację wprowadzamy tkanki w drżenie no i przesuwamy krew i chłonkę.

Technika wstrząsania ręcznego (dodać należy znacznie mniej wartościowgo od mechanicznego, przeprowadzonego wibratorem) jest następująca: przykładamy na płask dłoń do części ciała,mającej być masowaną, staw garstkowy i palce trzymamy sztywno poczem wprawiamy całą rękę, przez to i leżącą pod nią część ciała w rytmiczne bardzo szybko po sobie następujące drgania.

Wstrząsy małych powierzchni np. pni nerwowych wykonywujemy opuszką palca, ustawionego prawidłowo. (Kosiński).

Przez masaż wibracyjny pobudzamy mięśnie, potęgujemy ruchy robaczkowe jelit no i wpływamy na umniejszenie, na złagodzenie nerwobólów.

(c. d. n.)

Kilka słów o rozpoznaniu idjotyzmu u dzieci.

Nader ciekawe i nie bez praktycznego znaczenia co do rozpoznania idjotyzmu u dzieci, podaje Dr. Peiper z Berlina. Najważniejszemi podstawami do rozpoznania służą: 1) wzrok, 2) słuch, 3) dotyk, 4) smak i 5) ruchy.

WZROK

Już w pierwszych tygodniach życia niemowlę reaguje na światło w formie zamykania powiek i zwężenia źrenic. W tym okresie nie jest zdolne do skoncentrowania wzroku na jakimkolwiek przedmiocie będącym w ruchu, a to z powodu braku koordynacji ruchów gałek ocznych. Po upływie jednak 3-ch miesięcy niemowlę systematycznie nabiera tę własność. Jeśli zaś i po 3-ch miesiącach nie jest jeszcze zdolne zatrzymać wzroku i skoncentrować go na jakimkolwiek przedmiocie, będącym w stanie ruchomym lub nieruchomym i, wreszcie, jeśli żadnemi sposobami optycznemi nie udaje się zatrzymać i zwrócić uwagi niemowlęcia na demonstrowany przedmiot, to objaw ten, najprawdopodobniej, wskazuje na idjotyzm. Bardzo często

niemowlę koncentruje wzrok na demonstrowanym przedmiocie, lecz trwa to chwilę tylko i wnet traci go z punktu widzenia, szukając innych wrażeń, na których również nie jest w stanie nieco dłużej skoncentrować się. I normalne dzieci niekiedy obdarzone są takiemi cechami, lecz defekt zdolności koncentracji wzroku bardziej jaskrawo występuje u idjotów.

SŁUCH.

Dawniej przypuszczano, że niemowlę rodzi się głuche, jednak za pomocą pewnych ostrych dźwięków można podrażnić słuch niemowlęcia, będącego w łonie matki, na które reaguje poruszaniem się. Reakcja na podrażnienie słuchu, nawet w pierwszych dniach życia wyraża się w zmienionym tempie oddychania, a przy silniejszem podrażnieniu dziecko reaguje płaczem, lecz nie jest jeszcze zdolne obrócić się w stronę skąd nastąpił dźwięk, lecz po 3 — 4-ch miesiącach własność tę nabiera. Wielu idjotów mało lub wcale nie reaguje na podrażnienie słuchu zarówno, jak i na podrażnieniu wzroku, jakgdyby wcale udziału nie przyjmowały w otaczającem ich życiu. Rzecz prosta, że dziecko może się przypadkowo urodzić głuchem, lecz rozpoznanie tego defektu narazie jest nadzwyczaj trudne i dlatego może się zdarzyć, że dziecko takie mylnie zostaje uważane za idjotę. Labirynt u nowonarodzonych jest na tyle czuły, że obracanie na krześle lub wlewanie w ucho ciepłej lub chłodnej wody wywołuje, nawet u przedwczesnych niemowląt, reakcję w formie odwracania gałki ocznej i odwracania głowy.

DOTYK.

Noworodek zwykle nie umie się drapać, lecz bardzo szybko tego się naucza, zwłaszcza gdy cierpi na swędzące choroby skórne. Przy podrażnieniu skóry następuje odruch obrony, lub jakgdyby dziecko się chciało drapać. Najbardziej wrażliwemi pod tym względem są oczy, do których najwcześniej dzieci nauczają się dotykać, a w ciągu pierwszych kilku tygodniach naucza się również dotykać pozostałych części ciała, u idjotów zaś okres ten może określić intelektualny rozwój dziecka. Wiadomem jest, że niemowlę potrafi się drapać nawet podczas głębokiego snu, idjota zaś pozbawiony jest tego naturalnego odruchu.

SMAK.

Powszechnie wiadomem jest, że smak gorzki lub kwaśny wywołuje znany refleks „kwaśny wyraz twarzy". U normalnych dzieci objaw ten wybitnie wyrażany jest, u idjotów zaś, jak również u dzieci wycieńczonych lub chorych na krzywicę objaw ten jest w zaniku. Trzeba tu jednak wziąć pod uwagę, że obłożony język u normalnych dzieci może niekiedy bardzo słabo reagować na smak. Defekt ten u idjotów trwa bardzo długo. By-

wają wypadki, gdzie wskutek niektórych chorób smak jest znacznie upośledzony lub nawet w zaniku i stan taki niekiedy trwać może do 6-ciu miesięcy, a w wyjątkowych wypadkach nawet dłużej.

RUCHY.

Bardzo ciekawy i zarazem charakterystyczny jest objaw, opisany przez *Dr. Peipera* pod nazwą „Umklammerungsreflex". Aby wywołać podobny refleks u niemowlęcia, należy położyć ciało dziecka na lewą rękę a potylicę na prawą, następnie uderza się prawą ręką o brzeg stołu i wówczas następuje następujący odruch: obie rączki rozchodzą się w tył, a następnie w formie półkoła schodzą się razem. Reakcja taka czyni wrażenie jakdyby dziecko coś obejmowało. Ruch ten podobny jest do ruchów małpiąt, które niekiedy łapkami chwytają się ciała matki, obejmując je.

Objaw ten znika około 6-go miesiąca życia, natomiast u idjotów jak udowodnił *Freudenberg*, odruch powyższy pozostaje niekiedy do 6-go roku życia. Im niemowlę starsze, tem lepiej kora mózgowa reaguje na podrażnienia zmysłów. U idjotów kora mózgowa jest słabo rozwinięta, wskutek czego dziecko takie dłużej pozostaje w takim stanie, w jakim dzieci normalne pozostają w ciągu krótkiego czasu. Brak koordynacji ruchów u niemowląt normalnych stopniowo znika i zamieniają się one na ruchy świadome i z góry określone. Po 3-ch miesiącach dziecko takie już dąży do zajmujących go przedmiotów, lecz z początku czyni to niezgrabnie; gdy chce uchwycić lub ująć jakiś przedmiot czyni wiele wysiłków niepotrzebnych, gdy chce co ująć prawą rączką, to impuls oddaje się również i lewej, a niekiedy nóżkom. Niemowlę wogóle nie jest w stanie czynić jakiekolwiek ściśle ograniczone ruchy potrzebne wyłącznie do wykonania danej czynności, gdyż zupełnie niepotrzebnie wprowadza w ruch pozostałe grupy mięśni. Śmiech odbywa się nie tylko mięśniami twarzy, lecz całem ciałem. Z biegiem krótkiego czasu koordynacja ruchów normuje się. U idjotów, rozwój w tym kierunku albo całkiem upośledzony, albo też zdolność ta daleko później się rozwija, niż u normalnych dzieci. Tak zwani „aktywni" idjoci zdradzają wzmożoną skłonność do ruchów bezwiednych i bezsensownych, które niekiedy spokoju im nie dają. Chorobliwy pociąg do podobnych ruchów u anormalnych niemowląt istnieje nawet wówczas, gdy się znajdują jeszcze w łonie matki. Matki, które do tego rodziły normalne dzieci, zwracają uwagę na niezwykłą ruchliwość dziecka w jej łonie. Okres 6—8 tygodniowy wystarcza, aby niemowlę mogło się już uśmiechać. Większość idjotów również posiada tę cechę, lecz niektórzy śmieją się zbyt wiele i bez żadnego powodu ku temu. Stałe zadowolenie i dobre usposobienie wskazują na idjotyzm. Jednak tempy wyraz twarzy, stale otwarte usta z wystającym językiem, niedostateczna orjentacja, i bezsensowe krzyki i wreszcie upośledzony rozwój statystycznych

czynności również wskazują na idjotyzm. Im starsze dziecko, tem łatwiej jest rozpoznać idjotyzm, gdyż poszczególne objawy jaskrawiej się uwydatniają. Lekkie formy idjotyzmu dają się zauważyć dopiero wówczas, gdy rozpoczyna się okres szkolny. Należy wziąć pod uwagę, że okres rozzwoju u normalnych dzieci bywa spóźniony wtedy, gdy w grę wchodzą rozmaite choroby, jak np. krzywica, znaczne upośledzenie odżywiania, ogólne wycieńczenie i t. d., lecz gdy tylko niedomagania mijają, dziecko bardzo prędko powraca do normalnego rozwoju. Bardzo często, zanim rodzice podejrzewają upośledzenie dziecka, udaje się rozpoznać idjotyzm i wówczas nasuwa się pytanie: czy powinno się o tem powiadomić rodziców? Nie, lepiej w podobnych wypadkach zaczekać, aż sami rodzice zwrócą uwagę na intelektualny niedorozwój owego dziecka. Wielką rolę w rozwoju odgrywają warunki wychowawcze, im lepsza i gorliwsza jest opieka, tem rozwój jest szybszy. Dzieci idjotyczne, przy racjonalnem wychowaniu, gorliwej opiece i odpowiedniem otoczeniu mogą jednak dojść do pewnego, coprawda ograniczonego, poziomu duchowego i intelektualnego i stać się znośnymi, w znaczeniu społecznem, ludźmi.

Felczer Jerzy Wajnapel.

Kogo należy szczepić przeciw wściekliźnie?

Przed odpowiedzią na to pytanie należy, dla lepszego zrozumienia powiedzieć kilka słów o samej chorobie. Wścieklizna—lyssa, jest chorobą zakaźną przenoszącą się ze zwierzęcia chorego na nią przez ukąszenie, drapanie lub też oślinienie uszkodzonych miejsc skóry człowieka zdrowego. Zarazek jest dotychczas nieznany, a stosunek, charakterystycznych dla wścieklizny „ciałek Negriego“, znajdowanych w komórkach nerwowych rogów Ammona, — dotychczas niewyjaśniony. Wiemy tylko, że zarazek ma silne powinowactwo do tkanki nerwowej (zakażenie biegnie wzdłuż nerwów), jest przesączalny, i to wszystko czyni go pokrewnym zarazkom ospy wietrznej, poliomyelitis, encephalitis epidemica i t. p.

Wścieklizna jest chorobą zwierząt wszystkich stref. Zwalczanie epidemji wściekl.. to zadanie med. weterynaryjnej i ta też święci w tej dziedzinie w krajach Eur. półn. Holandji, Szwajcarji, Anglji i Austrji wielkie tryumfy.

Przenosić wściekliznę mogą wszystkie ssaki zarówno domowe jak i dziko żyjące. Opisano wypadek wścieklizny u koguta, który zaraził nią małe dziecko przez dziobnięcie. Wobec tego skaleczenie doznane od jakiegokolwiek ssaka należy tak traktować jak ukąszenie psa. Gdy wścieklizna już wybuchnie przypadek jest stracony i pacjent musi umrzeć. Ochroną przed wybuchem choroby jest tylko **zapobiegawcze szczepienie.**

Na szczęście, okres wylęgania (inkubacji) wścieklizny jest względnie długi, 4—6 tygodni (znane wypadki od 10 dni do 1 roku) od chwili ukąszenia. Szczepienie ochronne składa się z serji podskórnych zastrzyków szczepionki, w której znajduje się osłabiony lub zabity zarazek.

Szczepić można w Państw. Zak. Higj. Warszawa Chocimska 24 i w Krakowie u prof. Bujwida.

Odporność (immunitas) występuje w 1 — 3 tyg. od **ukończenia** zastrzyków. Ponieważ samo szczepienie trwa przeciętnie 10 — 21 dni więc przy sprzyjających okolicznościach odporność na chorobę zjawia się dopiero mniej więcej w 3 — 4 tygodnie od dnia skaleczenia. Dlatego jest niesłychanie ważnem, by szczepienia zacząć jak najwcześniej po ukąszeniu. Błędem jest czekać na wynik sekcji zwierzęcia. Z rany nigdy nie można rozpoznać czy pies był wściekły. Ranę należy opatrzyć według zwykłych zasad chirurgji. Szczepić należy pokąsanych przez: psa wściekłego albo podejrzanego o wściekliznę, psa nieznanego właściciela, wreszcie przez psa, który nie został przez weterynarza zbadany. O ile zwierzę jest znane, zbadane przez weterynarza, o ile niema żadnych objawów wścieklizny a samo skaleczenie nie jest zbyt ciężkie, można się wstrzymać ze szczepieniem. Ale w takich wypadkach zwierzę dostaje się pod 14 dniową obserwację weterynaryjną i wtedy możliwe są następujące okoliczności:

1) zwierzę ginie nie wykazawszy pewnych oznak żadnej innej choroby (albo też zostaje zabite albo ucieka) — natychmiastowe szczepienie, ukąszonego, obraz mikroskopowy bez ciałek Negrie'go nie przemawia bowiem przeciw wściekliźnie.

2) Zwierzę zachorowuje w czasie obserwacyjnym wśród objawów wścieklizny — natychmiastowe szczepienie.

3) Zwierzę zachorowuje podczas obserwacji na inną chorobę (objawy pewne) — czekać, dalej obserwować.

4) Zwierzę pozostaje w czasie obserwacji zdrowe — nie szczepić.

Przepisy te są umotywowane tem, że zwierzęta klinicznie zdrowe ale będące w stadj. inkubacji mogą zarażać już na 14 dni przed wybuchem u nich wścieklizny.

Skaleczenia głowy, twarzy i rąk mają b. krótki czas wylęgania i dlatego w takich wypadkach należy szczepić natychmiast, bez oglądania się na obserwację zwierzęcia. Tak jak ukąszenia, należy traktować rany drapane. Czasami trudno rozstrzygnąć, zwłaszcza gdy pies kąsał przez ubranie, czy skóra została uszkodzona. W wątpliwych wypadkach raczej szczepić, zwłaszcza że przeciwwskazań do szczepienia niema żadnych. Zarówno oseski jak i starcy jak i ciężarne i chorzy na ostre choroby zakaźne mogą być szczepieni. Odporność po szczepieniu ochr. trwa nie dłużej nad 4 — 6 miesięcy.

Najważniejsze objawy wścieklizny.

Po różnie długim okresie wylęgania zjawia się stadjum objawów wczesnych, „zwiastunów", (st. prodromorum) w postaci pieczenia i swędzenia miejsca skaleczonego. Dają się zauważyć ciężkość, sinica i drgawki mięśniowe części skaleczonej. Utrata łaknienia, wymioty, biegunki, stany podgorączkowe, przyśpieszenie tętna. Najważniejsze są objawy psychiczne: depresja, bezsenność, bóle głowy, nadwrażliwość wzroku i słuchu, nieumotywowane podniecenia, niepokój ruchowy. Melancholja potęguje się aż do obrazów patologicznych paranoi (obłędu) i do uczucia śmiertelnej trwogi. Objawy te przechodzą we właściwy obraz chorobowy. Czasami jednak brak objawów prodromalnych i nagle, w stanie zupełnego zdrowia rozwija się obraz najcięższej wścieklizny.

Anatomo-i-histopatologicznie wściekl. jest rozlanem zapaleniem mózgu i rdzenia, a nacieki tworzą się przeważnie perigagulionarnie i około naczyniek krwionośnych, najsilniej w rdzeniu przedłużonym. Stąd objawy: nadwrażliwość pewnych ośrodków nerwowych, skóry, wzroku, słuchu, smaku, uczucie silnej duszności i ucisku w klatce piersiowej. Później nadwrażliwemi stają się mięśnie gardła, krtani, przełyku i stąd obawa przed wodą — wodowstręt. Podczas próby picia występuje bolesny skwar mięśni gardła, rozciągający się na cały przewód oddechowy. Dreszcz przebiega ciało, wzrok osłupiały, szczęki ściśnięte, drżenie rąk, oddech ustaje, występuje sinica. Płyn wzięty do ust nie może być ani połknięty ani wypluty. Taki stan trwa wprawdzie sekundy ale pozostawia

tak stra zne wspomnienie, że chory nie może nietylko patrzeć na wodę ale nawet myśleć o niej, mimo okropnego pragnienia. Plusk płynącej wody może wywołać nowy atak skurczów. Skurcze te stają się coraz częstsze i mogą być wywołane przez silniejsze światło, szmer, dotknięcie. Skurczów takich nie brak w żadnym wypadku, choć mogą mieć różne nasilenie. Są nawet tacy chorzy, którzy mogą przełknąć kilka kropel wody i tacy, którzy mogą połykać kęsy; wypadki to jednak b. nieliczne. Drugim symptomem stałym jest aerofobia, polegająca na nadczułości skóry; dmuchnięcie, zmiana temperatury może wywołać skurcze. Zjawiają się nienormalne odczucia wrażeń słuchowych i węchowych. Psychicznie - wysokie podniecenie. W przerwach między 2 atakami zupełne wyczerpanie. Świadomość i inteligiencja do ostatniej chwili zachowane. Drugiego lub trzeciego dnia zjawia się uporczywy ślinotok o nieprawdopodobnie wielkich ilościach śliny. W początkach zwiększone poty, zwiększone funkcje i pobudliwość płciowa. Temperatura z rozwojem choroby zwiększa się.

Po 1 — 3 dniowem stadium excitationis przychodzi zwolna stad. paralyticum, ogólne wyczerpanie, agonja. W innych wypadkach ulegają porażeniu n. mózgowe ustają skurcze przełyku, znikają objawy nadczułości skóry, słuchu, wzroku, oddech staje się spokojniejszy ale zjawia się osłabienie serca — sinica — źrenice rozszerzają się i następuje zejście śmiertelne. Niektórzy nie dożywają stad. paralyt. Od tej formy wścieklizny należy odróżnić formę paralityczną, w której niema zupełnie objawów podrażnienia systemu nerwowego wodowstrętu, aerofobji i skurczów; forma ta zaczyna się silną gorączką, wymiotami, bólami głowy, ogólnem rozbiciem. Szybko przychodzi uczucie ciężkości rąk i nóg, ataxia i porażenie kończyn a później pęcherza i odbytnicy a w końcu i nerwów mózg. Śmierć wskutek porażenia ośrodka oddechowego.

Babes opisał „spokojną“ formę wściekl. nadzwyczaj rzadką, spokojną zwykle u dzieci, w której nie obserwujemy ani porażeń ani podniecenia tylko melancholję. Chorzy popadają w senność nieoczekiwanie prędko umierają. Opisano też „formę powrotną“ w której stad. excitat, po krótkiem trwaniu zamiast postępować—cofa się, lecz po kilku tygodniach, czy miesiącach pozornego zdrowia powraca, już w obrazie typowym i prowadzi nieuchronnie do śmierci. Leczenia wścieklizny, o ile wybuchnie, — dotychczas niema. Szczepienie nawet dordzeniowe nie działa. Probowano salwarsanu, chininy, plasmochiny i t. p. bezskutecznie.

Jedynie skuteczne to ochronne szczepienie trwające mniej więcej 13 dni, niebolesne, nie przeszkadzające w pracy zawodowej i nie powodujące porażeń poszczepiennych. Śmiertelność ludzi pokąsanych przez psy i szczepionych wynosiła 0,1% a w ostatnich czasach równała się zeru.

W/g. Arztl. Praxis Nr. 10. 1929.

streścił uzupełnił *Dr. K. Dąbrowski.*

Szczepienie ochronne zawdzięczamy genialnemu Pasteur'owi. Stwierdził on, że gdy królikowi po wytrepanowaniu czaszki, włożymy pod oponę twardą kawałek roztartej substancji nerwowej psa chorego na wściekliznę, to królik ten zachoruje po dniach 14 na wściekliznę. Gdy w sposób podobny zarazimy od tego królika — drugiego a od drugiego trzeciego i t. d. to zjadliwość zarazka zmniejsza się coraz bardziej; podobnie skraca się czas wylęgania dodchodząc ostatecznie do dni 7. Gdy tak sztucznie osłabiony zarazek wstrzykujemy psom to nietylko nie zachorowują ale nabierają takiej odporności, że nie szkodzi im ukąszenie psa wściekłego.

Pasteur wymyślił jeszcze prostszy sposób osłabiania zarazka: wysuszał w suchem powietrzu kawałki substancji nerwowej, zwierzęcia chorego. Jad w miarę wysuszania traci swoją zjadliwość aż do zupełnego zaniku. Gdy się później wstrzykuje podskórnie najpierw emulsję kawałka subst. nerw. która zupełnie utraciła swą jadowitość, a później kawałki coraz mniej suszone a więc posiadające coraz większą zjadliwość, to w końcu uodpornimy zwierzę (lub człowieka) zupełnie.

Krytyka lekarska.

Jak być nie powinno.

Umieszczamy jako charakterystyczne uwagi p. Dr. Zondowej w ost. num. „Warsz. Czas. Lek."

Kącik ten ma spełniać rolę lufcika, przez który wchodzi prąd świeżego powietrza do atmosfery zatęchłej. Pragnęłabym dziś lufcik otworzyć naoścież.

Czy nie jesteśmy wszyscy temu winni? Czy nie nużymy się nazbyt szybko, kiedy należy zło piętnować? Czy nie odnosimy się zbyt obojętnie i niedbale do drobnych występków kolegów, bagatelizując je lub przeoczając poprostu?

A tymczasem pewna kategorja lekarzy rozrzuca bezkarnie na wszystkie strony produkty swych małych duszyczek, „zaśmieca" życie i pogrąża wraz z sobą cały stan lekarski.

Jednym ze sposobów „zaśmiecania" życia jest obniżanie wartości kolegów. Wynurzenia lekarza o lekarzu, czynione w czterech ścianach gabinetu bez świadków uchodzą zazwyczaj bezkarnie w myśl utartej, choć głęboko niesłusznej zasady że „chory nie jest wiarogodnym świadkiem". Z bezkarności tej skwapliwie korzystają lekarze, którzy w pogoni za fortuną pragnęliby usunąć z drogi współzawodników.

Na poparcie słów przytaczam garść zebranych faktów. Nie wątpię, że każdy z czytelników rozporządza zapasem podobnych przeżytych lub zasłyszanych.

Mówi się do rodziny pacjenta: „Dziwi mnie że macie odwagę powierzyć życie człowieka temu lekarzowi. Obawiam się o wynik leczenia". Albo: „Jeśli pani chce zgubić swe dziecko, to niech je pani leczy u tej lekarki. Ona zna się na teorji, o praktyce nie ma pojęcia".

W tych dniach pacjentka oznajmiła mi, że straciła do mnie zaufanie, bo dr. X. wydał nieprzychylną opinję: „Ona nic nie umie, mimo że przez wiele lat uczyła się w szpitalu".

Opinja taka mogła pozbawić mnie na zawsze zaufania pacjentki i nie dojść do uszu moich, gdyby nie to, że nieuleczalne cierpienie mózgu kazało pacjentce szukać nowego wybawiciela po za osobą dr. X., a uczciwsza od kolegi pielęgniarka szpitalna wyjaśniła nieszczęśliwej, że nie powinna słów dr. X. brać zbyt dosłownie. Skruszona chora powróciła do mnie po dłuższej nieobecności.

Tym razem kolega X. chciał mnie pozbawić jedynie walorów duchowych, oboje bowiem leczyliśmy pacjentkę na terenie Kasy Chorych. Co czynić musi, kiedy materjalne względy w grę wchodzą— można się jedynie domyślać!

Postępowanie takie odbija się bardzo ujemnie na opinji społeczeństwa o lekarzach, dezorjentuje je w dużej mierze: lekarz, pomniejszający wartość kolegi, maleje w oczach chorego (o d-rze X. pacjentka wyraziła się, że jest lepszym plotkarzem niż lekarzem), maleje przytem jednak i lekarz zdyskwalifikowany: ten wpływ sugestyjny złej opinji o kimś istnieje zawsze, mimo rozumu słuchacza.

Lekarz A. zabronił choremu zażywać lekarstwa, przepisanego przez lekarza B. i zakaz zaopatrzył w słowa: „Choćby dziesięciu lekarzy, takich jak B. i jemu podobnych zapisało panu j o d, niech go pan nie bierze, a lekarzowi za to po gębie daje". Pacjent odniósł się nader krytycznie do słów lekarza A. i bardzo trafnie określił jego postępowanie, a mimo wszystko źdźbło niewiary do „jodu" zrodziło się w jego duszy i przetrwało dotychczas.

Powstaje pytanie jak zło plenić? Czy każdy fakt podobny stawia przed oblicze Sędziów Izby Lekarskiej? Zginęliby pod nawałem spraw i papieru. Szkoda ich trudu. Przytem echo spraw przenikało zbyt słabo do ogółu lekarzy.

Sądzę, że niema innej drogi, jak tylko piętnować w prasie lekarskiej tych pomniejszycieli godności naszej. Być może,

iż nieustanne pouczanie o tem, czego czynić nie należy, przywita do zwykłej uczciwości wszystkich, którzy o niej zapominają.

A jeśli oporni nie zrozumieją lub zrozumieć nie zechcą aluzyj narazie bezosobowych, wtedy trzeba będzie pociągnąć ich do odpowiedzialności bezpośredniej żądać zdania sprawy ze słów i czynów.

Sądzę, że groźba i „mementi", wykazujące, że jeszcze nie wszystkich uśpiła apatja, dadzą bodziec pewnym indywiduom do „niezaśmiecania" życia.

RUCH ZWIĄZKOWY.

Sosnowiec: Ogólne Roczne zebranie członków Oddziału C. Z. F. w Sosnowcu odbędzie się w dnu 12 stycznia 1930 r. przy ul. Piłsudskiego 8 z następującym porządkiem dziennym: 1) Zagajenie i wybór przewodniczącego; 2) Wybór sekretarza i asesorów; 3) Odczytanie protokółu z poprzedniego ogólnego zebrania; 4) Srawozdanie Zarządu Oddziału; 5) Sprawozdanie kasowe: 6) Sprowozdanie Komisji Rewizyjnej; 7) Udzielenie aksolutorjum i wybór nowego Zarządu. Komisji Rewizyjnej i przedstawiciela na Zjazd Delegatów w Warszawie; 8) Wolne wnioski.

Wilno: Walne Roczne zebranie członków Oddziału Wileńskiego odbędzie się w dniu 12 stycznia 1930 r. na godz. 10 w I terminie i na godz. 12-tą w II terminie w lokalu Związku przy ul. Mickiewicza 35, z następującym porządkiem dziennym 1) Zagajenie i wybór prezydjum; 2) Odczytanie protokółu z poprzedniego zebrania rocznego; 3) Sprawozdanie Zarządu; 4) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej; 5) Wprowadzenie nowego statutu; 6) Wybory nowego zarządu, Komisji Rewizyjnej i delegatów na Zjazd w Warszawie; 7) Przyjęcie preliminarza na rok 1930; 8) Wolne wnioski.

Radom: Radomski Oddział C. Z. F. zawiadamia swych członków, że Ogólne Roczne Zebranie wraz z wyborami nowego Zarządu odbędzie się w dniu 12 stycznia 1930 r. o godz. 8 wieczorem w pierwszym terminie, a o godz. 10 w drugim terminie w mieszkaniu Kol. Purskiego—Spacerowa 20.

Włocławek: Zarząd Oddziału C. Z F. we Włocławku zawiadamia swych członków, iż Ogólne Roczne zebranie odbędzie się w d. 12 stycznia 1930 r. z następującym porządkiem dziennym: 1) Zagajenie zebrania; Odczytanie i przyjęcie ostatniego protokółu; 3) Przedstawienie Ogólnemu Zebraniu prac Zarządu Głównego C. Z. F.; 4) Omówienie spraw i działalności oddziału; 5) Wybór Zarządu i Komisji Rewizyjnej; 6) Wolne wnioski.

Lublin: Ogólne Roczne Zebranie członków Oddziału Lubelskiego C. Z. F. odbędzie się w dniu 19 stycznia 1930 roku o godzinie 13-ej w pierwszym terminie i o godz. 14-ej w drugim terminie bez względu na ilość obecnych członków. Porządek dzienny: 1) Zagajenie i wybór przewodniczącego zebrania; 2) Odczytanie ostatniego protokółu; 3)Wybory Zarządu i Komisji Rewizyjnej; 4) Sprawa zapisywania środków odurzających 5) Sprawa zmiany statutu; 6) Wybór przedstawicieli na Zjazd Delegatów w Warszawie; 7) Udzielenie pełnomocnictw Zarządowi; 8) Wolne wnioski.

Powiadamiając o powyższem Zarząd Oddziału, ze względu na ważność poruszanych spraw, uprasza wszystkich swych członków o konieczne przybycie.

Kowel: Zarząd Oddziału C. Z. F. w Kowlu zawiadamia swych członków, iż Doroczne Walne Zebranie członków Oddziału odbędzie się w dniu 9 lutego 1930 r. o godz. 14-ej w I terminie i o godz. 15 w drugim terminie bez względu na ilość przybyłych z następującym porządkiem: 1) Zagajenie Zebrania: 2) Wybór prezydjum Zebrania; 3) Odczytanie protokółu z poprzedniego Zebrania: 4) Sprawozdanie Zarządu Oddziału za 1929 r.; Sprawozdanie Kasowe i projekt budżetu na 1930 r.; 6) Wybory Zarządu, Komisji Rewizyjnej i przedstawicieli na Zjazd Delegatów w Warsza-

wie; 7)Sprawa członków zalegających w opłacie składek członkowskich; 8) Wolne wnioski.

Uwaga: Na zebranie to Zarząd zaprasza wszystkich Kolegów felczerów nie należących do Związku.

Warszawa: Oddział I-szy Centralnego Związku Felczerów w Warszawie — Złota 30, komunikuje do wiadomości swych członków, iż Ogólne Roczne Zebranie odbędzie się w dniu 12 lutego r. b. (w środę) o godzinie 8-ej wieczorem w pierwszym terminie i o godz. 9-ej w drugim terminie, bez względu na ilość członków, z następującym porządkiem dziennym: 1) Zagajenie zebrania i wybór przewodniczącego; 2) Wybór sekretarza i asesorów; 3) Sprawozdanie Zarządu Oddziału z działalności za rok 1929; 4) Sprawozdanie kasowe; 5) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej; 6) Preliminarz na rok 1930; 7) Wybór nowego Zarządu, Komisji Rewizyjnej i przedstawicieli na Zjazd Delegatów; 8) Wprowadzenie w życie nowego statutu; 9) Wnioski Zarządu 10) Wolne wnioski.

Łódź: W dniu 19 stycznia r. b. o godz. 4-ej w pierwszym i o godz. 5-ej w drugim terminie w lokalu własnym przy ul. Piotrkowskiej 92 odbędzie się Ogólne Roczne Zebranie członków Oddziału Łódzkiego C. Z. F. z następującym porządkiem dziennym: 1) Zagajenie zebrania; 2) Odczytanie protokółu z poprzedniego rocznego zebrania; 3) Sprawozdanie z działalności Zarządu Oddziału; 4) Sprawozdanie Kasowe i preliminarz na 1930 r.; 5) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej; 6) Wybory nowego zarządu; 7) Wybory Komisji Rewizyjnej; 8) Wolne wnioski.

Częstochowa: Ogólne Roczne Zebranie Częstochowskiego Oddziału C. Z. F. odbędzie się w dniu 19 stycznia r. b. o godz. 3 po poł.. w pierszym terminie i o godz. 4 po południu w drugim terminie z następującym porządkiem dziennym: 1) Zagajenie zebrania; 2) Wybory przewodniczącego, asesorów i sekretarza; 3) Odczytanie protokółu ostatniego rocznego zebrania; 4) Sprawozdanie z działalności Zarządu Oddziału za 1929 r.; 5) Sprawozdanie kasowe i Komisji Rewizyjnej, oraz zatwierdzenie bilansu za rok 1929; 6) Zatwierdzenie budżetu na 1930 r.; 7) Odczytanie komunikatu główniejszych prac Zarządu Głównego; 8) Sprawa zaległych składek członkowskich; 9) Sprawy związane z Pow. Kasą Chorych w Częstochowie; 10) Wybory nowego zarządu, Komisji Rewizyjnej i Sądu koleżeńskiego; 11) Wybór przedstawicieli na Zjazd Delegatów w Warszawie; 12) Wolne wnioski.

Kalisz: Zarząd Oddziału Kaliskiego zawiadamia, że Ogólne Roczne Zebranie członków odbędzie się w dniu 2 lutego 1930 roku o godz. 11 rano, a w razie nieprzybycia odpowiedniej ilości członków, zebranie odbędzie się tegoż dnia o godz. 12-ej jako w drugim terminie i będzie ważne bez względu na ilość obecnych członków.

Białystok: Zarząd Oddziału C. Z. F. w Białymstoku zawiadamia, iż Ogólne Roczne Zebranie członków odbędzie się w dniu 26 stycznia 1930 r. w sali posiedzeń Magistratu m. Białegostoku ul. Warszawska 21 o godz. 13-ej w pierwszym terminie i o godz. 12-ej w drugim terminie bez względu na ilość obecnych, z następującym porządkiem: 1) Zagajenie i wybór przewodniczącego zebrania, asesorów i sekretarza; 2) Sprawozdanie Zarządu za 1929 r.; 3) Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej; 4) Budżet na 1930/31 r.; 5) Wybór Zarządu i Komisji Rewizyjnej; 6) Sprawa odznak korporacyjnych; 7) Wolne wnioski.

Piotrków Tryb. Zarząd Oddziału C.Z.F. w Piotrkowie Trybunalskim podaje do wiadomości, iż Ogólne Roczne Zebranie członków odbędzie się w dniu 19 stycznia r. b. o godz. 15-ej w lokalu „Domu Ludowego", ul. Legjonów 12 z następującym porządkiem dziennym: 1) Wybór przewodniczącego; 2) Odczytanie sprawozdania za 1929 r.; 3) Zatwierdzenie przychodu i rozchodu; 4) Wybór nowego zarządu, Komisji Rewizyjnej i Sądu koleżeńskiego; 5) Sprawy zawodowe; 6) Wybór delegata na ogólne zebranie w Centrali; 7) Wolne wnioski.

Leczenie sclerozy angioxylem.

W niektórych pismach perjodycznych warszawskich ukazały się mniej lub więcej obszerne wzmianki o owem leczeniu sclerozy angioxylem: jest-to substancja z insuliny, która nie wywiera jakoby działania na poziom cukru we krwi jednakże obniża ciśnienie zwykłe i sztucznie podniesione. Substancję tę udało się wyodrębnić prof. Gley'owi w końcu 1928 roku, a przeprowadzenie badań na ludziach stosował w kilkunastu wypadkach dusznicy bolesnej (angina pectozis) prof Vagner, który po kilkunastu czy też po kilkudziesięciu zastrzykach otrzymywał bądź wybitny efekt bądź też znaczną poprawę zdrowia u chorych.

Ponieważ nasze szpitale i kliniki nie otrzymały dotychczas jeszcze tego preparatu a tem samem stosowanie tego środka nie jest dokładnie jeszcze sprawdzone w warunkach pracy klinicznej przez naszych lekarzy, podając więc powyższe do wiadomości naszym czytelnikom wstrzymujemy się od dalszych uwag tym bardziej, że tak prof. Vagner jakoteż inni klinicy francuscy obok pochwał mają jeszcze pewne zastrzeżenia co do skutecznej uleczalności tych chorób.

Al. Kr.

Zarząd Główny Związku

uprasza Sz. Kolegów, którzy otrzymali swego czasu

„Zbiór przepisów prawnych" i „Spis Felczerów"

a dotychczas opłaty w sumie

3 zł. 20 gr. i 1 zł. 50 gr.

nie uiścili, by zechcieli jaknajrychlej to uskutecznić.

Wydawca: Zarząd Główny C. Z. F. R. P. — Warszawa. Redaktor: Aleksander Krawczyk.